

## โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ

ภิรมย์ กมลรัตนกุล\*

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี\*

**Kamolratanakul P, Jiamjarasrangsi W. Health promoting medical school. Chula Med J 2006 May; 50(5): 279 - 88**

*Medical schools can play central role in health promotion because: (1) they are centers that provide medical service, conduct research and provide education; (2) they can influence professional practice in other institutions and social groups; and (3) they can reach a large sector of the population. "Scope of Health Promotion" in medical schools may be conceptualized as a three - dimensional combination of the population-activity-strategy axes. The population axis includes their health care personnel, patients and relatives, and communities under their jurisdiction; while the activity axis includes health-care service, teaching and training, and research. Lastly, the strategy axis comprises awareness, life style change, and supportive environment. Using this "Scope of Health Promotion" as a pragmatic conceptual framework, a lot variety of health promoting activities that reconcile with the mission of the organization can be initiated and launched within the medical school environment.*

**Keywords :** *Health promoting hospital, Health promotion, Medical school.*

Reprint request : Kamolratanakul P. Department of Preventive and Social Medicine,  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. October 7, 2005.

### วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ทราบขอบเขตของการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์

**ภิรมย์ กมลรัตนกุล, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ. จุฬาลงกรณ์-  
เวชสาร 2549 พ.ศ; 50(5): 279 - 88**

โรงเรียนแพทย์ เป็นสถาบันที่สามารถแสดงบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างสูง เนื่องจาก (1) เป็นสถาบันที่มีภารกิจทั้งการให้บริการด้านการแพทย์ การศึกษาวิจัย และการศึกษา และฝึกอบรม (2) เป็นสถาบันที่มีอิทธิพลต่อแนวคิดและการประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านสุขภาพ ในสถาบันหรือกลุ่มเชิงสังคมอื่น ๆ และ (3) สามารถที่จะเข้าถึงกลุ่มประชากรจำนวนมาก "ภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพ" ในโรงเรียนแพทย์อาจสรุปรวบยอดเป็นรูปการผสมผสาน 3 มิติระหว่าง แกนประชากรเป้าหมาย-กิจกรรม-กลยุทธ์ดำเนินการ โดยที่แกนประชากรเป้าหมายประกอบด้วย บุคลากรของหน่วยงาน ผู้ป่วยและญาติ และชุมชนในความรับผิดชอบ แกนกิจกรรมประกอบด้วย การให้บริการสุขภาพ การวิจัย การสอนและฝึกอบรม และแกนกลยุทธ์ดำเนินการประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งจะเห็นว่า "ภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพ" นี้สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ ในการริเริ่ม และดำเนินการกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างหลากหลาย ภายใต้สภาพแวดล้อมของโรงเรียนแพทย์อย่างสอดคล้องกับภารกิจหลักขององค์กร

**คำสำคัญ :** โรงเรียนแพทย์, โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ

“สุขภาพะ” ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในผู้ที่มีสุขภาพทางกาย (physical health) สมบูรณ์เท่านั้น แต่ผู้ที่เจ็บป่วยทางกายก็สามารถมีความสุข (wellness) ได้ <sup>(1)</sup> ดังนั้น คนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย อาทิโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคมะเร็งที่มารักษาที่โรงพยาบาล เราก็สามารถช่วยสร้างเสริมสุขภาพให้เขาเกิดสุขภาพะได้ ทำให้เขาอยู่กับโรคนั้น ๆ อย่างมีความสุขได้ ดังนั้น การเจ็บป่วยทางกายมิได้เป็นข้อจำกัดต่อการสร้างเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ เช่น สุขภาพะทางอารมณ์ ทางสังคม หรือทางจิตวิญญาณ แต่ในทางตรงกันข้าม การช่วยสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ อาจเป็นสิ่งเกื้อหนุนต่อการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติของผู้ป่วย หรือผู้พิการได้

โรงเรียนแพทย์เป็นสถาบันที่มีอิสระในการสืบค้น และแสวงหาองค์ความรู้ที่เป็นทั้งปัจจัยบวก และปัจจัยลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการเผยแพร่ สื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม รวมทั้งการประมวล และผสมผสานความรู้ที่เข้าไปในหลักสูตร และกิจกรรมเสริมหลักสูตร โดยบุคลากรทุกหน่วยงานในโรงเรียนแพทย์ต้องปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องนี้ โดยทำให้ที่ทำงานมีสุขภาพะ (healthy workplace) ทำให้โรงเรียนแพทย์เป็นสถานที่สร้างเสริมสุขภาพที่ดี <sup>(2,3)</sup>

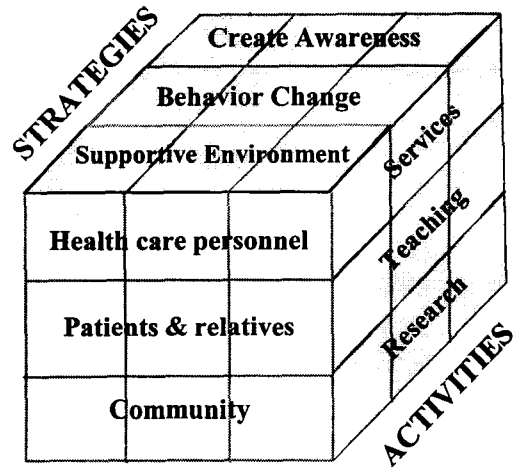
### มิติของ “โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ”

การเป็น “โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ” จำเป็นต้องมองให้ครอบคลุมเพื่อเห็นภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 มิติที่สัมพันธ์กัน ซึ่งเปรียบเสมือนกลอง 3 มิติ ดังในรูปที่ 1

**มิติที่ 1** เป็นการกล่าวถึง “กลุ่มเป้าหมาย” (Target group) ในการส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ <sup>(4,5)</sup>

- บุคลากรในโรงเรียนแพทย์
- ผู้ป่วย และญาติที่มาใช้บริการที่โรงเรียนแพทย์
- ชุมชนที่โรงเรียนแพทย์รับผิดชอบ

**มิติที่ 2** เป็นเรื่องของ “กิจกรรม” (Activities)



TARGET GROUP

รูปที่ 1. ภาพรวมแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ

สำคัญ 3 ประการในโรงเรียนแพทย์ที่สามารถผสมผสานหรือนบูรณาการ “การสร้างเสริมสุขภาพ” เข้าไปได้ (ดูรูปที่ 2) กิจกรรมทั้ง 3 ได้แก่ <sup>(5)</sup>

1. งานบริการ (Service) ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา หรือการฟื้นฟูสภาพก็ตาม

2. งานด้านการเรียนการสอน และฝึกอบรม (Teaching and Training) ให้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อสร้างความตระหนัก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ตาม

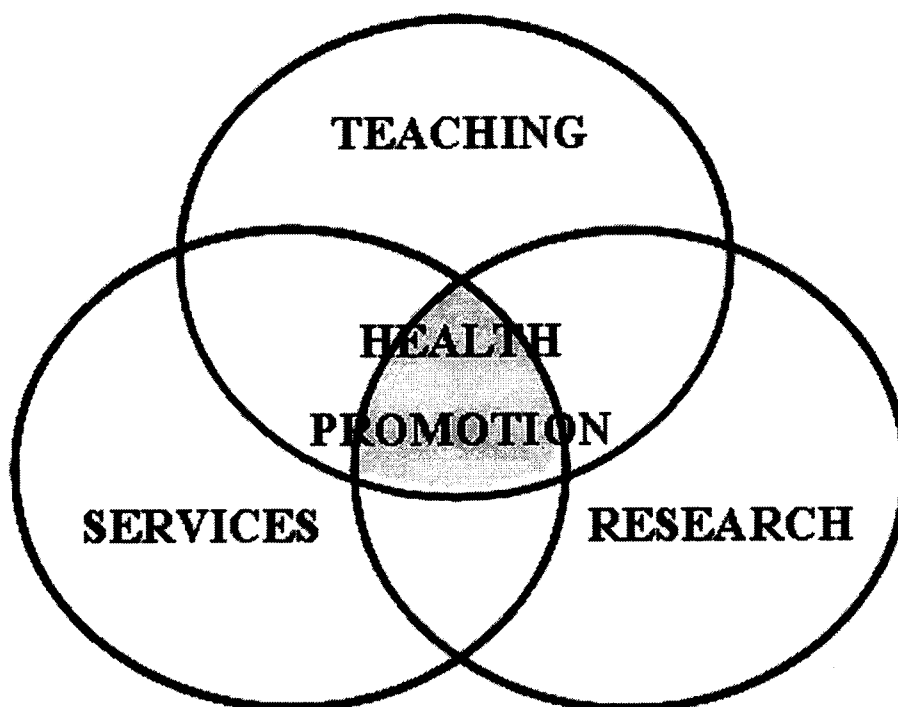
3. งานด้านการวิจัย (Research) เพราะโรงเรียนแพทย์เป็นทั้งแหล่งสะสมความรู้ ผลิตรายความรู้ใหม่ และเผยแพร่ความรู้ให้กับสังคม

**มิติที่ 3** “กลยุทธ์” (Strategy) ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมี 3 ระดับ คือ <sup>(6)</sup>

● ระดับที่ 1 : การสร้างความตระหนัก (Awareness creation)

● ระดับที่ 2 : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior change)

● ระดับที่ 3 : การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Supportive environment creation)



รูปที่ 2. การบูรณาการ “การสร้างเสริมสุขภาพ” เข้ากับกิจกรรม 3 ประการในโรงเรียนแพทย์

### กลุ่มเป้าหมาย (Target Group) ของการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์

ในการวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายของการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์ จำเป็นต้องดำเนินการให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ

#### กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงเรียนแพทย์

บุคลากรในโรงเรียนแพทย์มีหลายประเภท ในแต่ละประเภทจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ แผนดำเนินการ และกิจกรรมต่าง ๆ กัน อย่างไรก็ตามในการวางแผนควรมีข้อมูลพื้นฐานครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ<sup>(7)</sup>

1. ด้านสุขภาพทั่วไป เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพทั้งบวก และลบ (พฤติกรรมบริโภค การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย พฤติกรรมทางเพศ และความเครียด เป็นต้น) และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ

2. ด้านอาชีวอนามัย เพื่อประเมินความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน โดยประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ ตลอดจนประเมินผลกระทบ

ต่อสุขภาพ เช่น โรคติดต่อ สารเคมี หรือปัจจัยด้านกายภาพ (รังสี เสียง เป็นต้น)

3. ด้านสิ่งแวดล้อมองค์กร เช่น ประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต เป็นต้น

การออกแบบโครงการสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน (Workplace health promotion program) อาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ<sup>(6)</sup> คือ

#### ระยะที่ 1 : การวางแผน

ควรเริ่มด้วยคำถามหลัก 4 ข้อ คือ

1. องค์กรมีความพร้อมต่อการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพมากน้อยแค่ไหน ?
2. องค์กรตั้งเป้าหมายอะไร ? และเป้าหมายดังกล่าวเป็นไปได้หรือไม่ ?
3. สมาชิกองค์กรควรมีส่วนร่วมในการวางแผนมากน้อยแค่ไหน ?
4. กระบวนการวางแผนควรมากน้อยแค่ไหน ?

ความพร้อมขององค์กรจะมีผลต่อการดำเนินการในขั้นต่อไป เช่น ถ้าประเมินแล้วองค์กรยังไม่มีความพร้อมเลยก็อาจต้องรอไปก่อน แต่ถ้ามีความสนใจ และเห็นดีด้วยก็อาจทำการศึกษาความเป็นไปได้ หรือประเมินความต้องการต่อไป

ทำนองเดียวกัน เป้าหมายบางอย่างสามารถสัมฤทธิ์ผลได้ เช่น การลดน้ำหนักตัว การเลิกบุหรี่ การลดระดับความเครียด หรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการ แต่เป้าหมายบางอย่างก็ยากจะสำเร็จในเวลาอันสั้น เช่น การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร อัตราการเข้าร่วมโครงการ 100 % การลดค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว การลดการขาดงานจากการเจ็บป่วยลงทันที เป็นต้น

**ระยะที่ 2 : การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility study) และประเมินความต้องการ (Needs assessment) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังนี้**

1. ระบุแรงจูงใจ และเป้าหมายของโครงการ ซึ่งประกอบไปด้วยเป้าหมายด้านการบริหารจัดการ (เช่น ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล เพิ่มภาพลักษณ์ขององค์กร หรือเพิ่มสมรรถภาพการทำงาน) และเป้าหมายด้านสุขภาพ (เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความแข็งแรง การลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ)

2. วิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการ
3. ประเมินระดับการสนับสนุน และความสนใจของผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าฝ่าย และบุคลากรต่าง ๆ
4. จัดหาทรัพยากร
5. ทำประเด็นต่าง ๆ ให้ชัดเจน

**ระยะที่ 3 : การพัฒนาเนื้อหาของโครงการ**

เนื้อหาของโครงการขึ้นกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และระดับผลกระทบที่ต้องการ (สร้างความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ)

กลยุทธ์ในการดำเนินการในระยะที่ 3 อาจทำได้หลายวิธี<sup>(6)</sup> เช่น

1. Traditional programs มักเน้นโรคเรื้อรัง โดยบุคลากรสามารถเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โครงการมักประกอบไปด้วยการประชุมสัมมนา การตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยง การให้สุศึกษา และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมองค์กร เน้นการออกกำลังกาย การบริโภค การจัดการความเครียด การลดน้ำหนัก หรือการอดบุหรี่ เป็นต้น

2. Neo-traditional programs คล้ายกับข้อ 1. แต่มักบังคับให้ทุกคนเข้าร่วมการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยพยายามคัดเลือกผู้มีความเสี่ยงสูงให้ร่วมโครงการมากที่สุด

3. Incentive-focused programs ให้รางวัลผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และผู้มีปัจจัยเสี่ยงสูงที่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้

4. Mail-based programs ประเมินความเสี่ยงทางไปรษณีย์ เมื่อแปลผลแล้วก็ส่งบทเรียนที่สามารถศึกษาด้วยตนเองไปให้ ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่าย และพนักงานรู้สึกมีความเป็นส่วนตัว แต่ก็ทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ได้

5. Technology-based programs ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น internet, intranet, วิดีโอ, virtual reality system หรือโทรศัพท์ จัดการเรียนให้เหมาะกับความชอบของแต่ละคน

**กลุ่มที่ 2 : ผู้ป่วย และญาติที่มาใช้บริการที่โรงเรียนแพทย์**

รูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายนี้ ต้องเชื่อมโยงให้เข้ากับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation; HA) โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำได้ 2 วิธีคือ

1. ใช้รูปแบบบริการ (Care-based หรือ Service-based health promotion) ในการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ใช้รูปแบบกิจกรรม (Activity-based หรือ Program-based health promotion) กลุ่มเป้าหมายของกลุ่มที่ 2 นี้ อาจจำแนกได้เป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

### การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยใน

โดยใช้แนวคิดของ HA คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และดูแลแบบต่อเนื่อง ร่วมไปกับการสนใจเรื่องสุขภาพของคนที่ใช้ นอกเหนือไปจากโรคที่เขาเป็นอยู่ โดยใช้หลักเพิ่มพลังอำนาจ (empower) ให้เขาสามารถดูแลตนเอง รับรู้ข้อมูล และการมีส่วนร่วม โดยเน้นการปรับสิ่งแวดล้อม เน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ และเน้นโรคเรื้อรังก็จะเกิดการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบที่เรียกว่า “การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบบริการ” (Care-based health promotion) ซึ่งเป็นการปรับงานประจำที่ทำอยู่ให้เป็นการสร้างเสริมสุขภาพนั่นเอง<sup>(9)</sup>

นอกจากนั้น ควรจัดกิจกรรมเสริมต่างหากที่เรียกว่า “การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบกิจกรรม” (Activity-based หรือ Program-based health promotion) เช่น จัดให้มีมุมให้ความรู้ โครงการคุณภาพชีวิตเด็กป่วย โครงการศิลปะบำบัด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น<sup>(9,10)</sup>

การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยใน อาจทำได้ 4 ระยะ คือ ระยะก่อนรับเข้ารักษาตัว ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ระยะก่อนกลับบ้าน และการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

### การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอก

ใช้หลักการเดียวกับผู้ป่วยใน คือ ใช้ “รูปแบบบริการ” ที่มีอยู่แล้ว โดยเน้นโรคเรื้อรัง เน้นบริการที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อม และเสริมด้วย “รูปแบบกิจกรรม” เช่น การให้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน บอร์ดนิทรรศการ กิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ เป็นต้น

### กลุ่มที่ 3 : การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่รับผิดชอบ

โดยต้องเริ่มด้วยการกำหนดชุมชนที่โรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งอาจมีได้ 3 ลักษณะ คือ การกำหนดชุมชนตามกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กัน (เช่น บริษัทที่มีสัญญากับโรงพยาบาล) ชุมชนตามสถานที่ (เช่น โรงเรียนหน่วยงาน) หรือชุมชนตามภูมิศาสตร์ (เช่น เขตปทุมวัน)

ควรมีการกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ เชื่อมโยงกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของปัญหาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และปัญหาในชุมชน เพื่อสามารถเชื่อมโยงกับการพัฒนาการดูแลสุขภาพภายในโรงพยาบาล

มีกิจกรรมที่แสดงถึงความสัมพันธ์ การประสานงานการร่วมกิจกรรมในระดับชุมชนที่แสดงถึงความโดดเด่น ในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยเน้นกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินการโดยมีโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา ผู้ประสานงาน หรือผู้สนับสนุน มีการสนับสนุนการให้ความรู้ และข้อเสนอแนะโดยผ่านเครือข่ายชุมชน รวมทั้งความรู้ และความคิดด้านวิถีชีวิต และด้านสุขภาพ เช่น การใช้ปุ๋ย หรือยาฆ่าแมลงอย่างถูกวิธี นอกจากนี้โรงพยาบาลยังต้องแสดงถึงความรับผิดชอบต่อชุมชนด้านต่าง ๆ เช่น การกำจัดขยะ การกำจัดน้ำเสีย เป็นต้น

### กิจกรรมในโรงเรียนแพทย์ที่สามารถผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ

#### กิจกรรม 1 : งานบริการ

โดยการเน้น “การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบบริการ” (Service based health promotion) ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเปรียบเสมือนการปรับงานประจำให้เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การสอนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปรับพฤติกรรม หรือวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นลบ (ทั้งคนที่เป็นโรค และไม่เป็นโรค) การตรวจประเมินตนเองในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น การชั่งน้ำหนัก การตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง หรือการสอนญาติให้ทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย เป็นต้น

#### กิจกรรม 2 : งานด้านการเรียนการสอน และฝึกอบรม

โดยการกำหนดสัมฤทธิ์ผล (outcomes) ของบัณฑิตที่จบจากโรงเรียนแพทย์ต้องสามารถมองให้ครอบคลุม เห็นภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 มิติที่สัมพันธ์กัน (ดูรูป 1) ด้วยสัมฤทธิ์ผลที่กำหนดดังกล่าว จะเป็นตัวกำหนดเรื่องอื่น ๆ เช่น

● การกำหนดเนื้อหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพไว้ในหลักสูตร

● การจัดการเรียนการสอนที่สามารถบูรณาการเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในรายวิชาต่าง ๆ ทั้งในแนวดิ่ง (vertical integration) และแนวนราบ (horizontal integration) รวมทั้งกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่าง ๆ

● การประเมินผล

● การกำหนดสิ่งสนับสนุน และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

● การจัดเตรียมทรัพยากรที่เหมาะสม

● การพัฒนาอาจารย์ให้มีความรู้ ความเข้าใจ

และเจตคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

กิจกรรม 3 : งานด้านการวิจัย

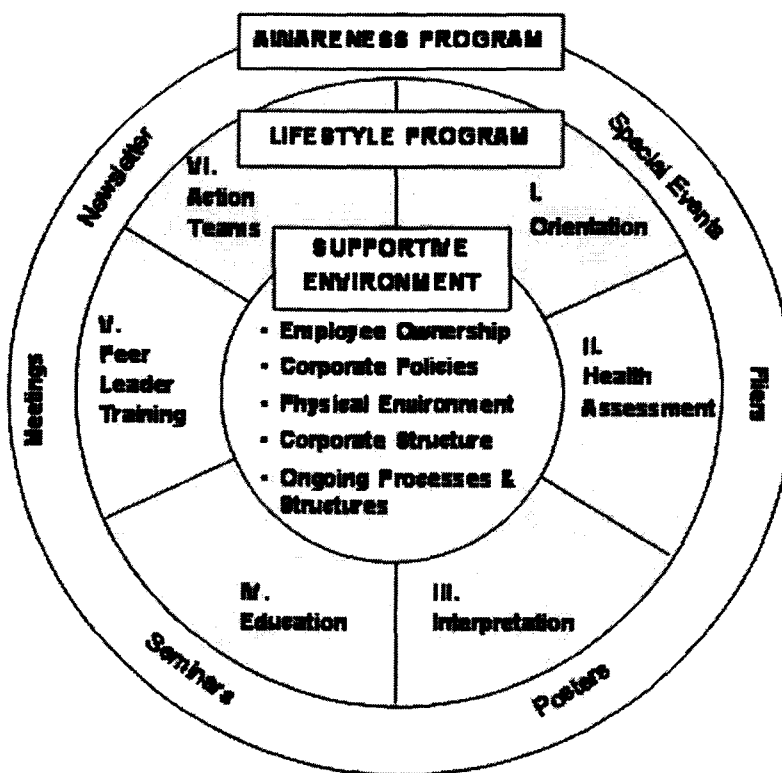
โรงเรียนแพทย์เป็นแหล่งสะสมผู้รู้ และความรู้ และต้องแสวงหาความรู้ใหม่ ดังนั้นโรงเรียนแพทย์ต้องแสดงบทบาทในเรื่องนี้อย่างชัดเจน และเชื่อมโยงให้เห็นคุณค่า และประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งหวัง

ให้เกิดคุณภาพชีวิต แม้โรคบางโรคจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่แพทย์ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้นได้ ประกอบกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนต้องวางอยู่บนพื้นฐานของ "หลักฐานเชิงประจักษ์" (evidence-based) เพื่อแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมใดน่าจะเกิดประโยชน์หรือกิจกรรมใดไม่เกิดประโยชน์

ดังนั้น โรงเรียนแพทย์ควรสนับสนุนงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ครบวงจร ตั้งแต่การตั้งโจทย์ การวิจัย การพัฒนาโครงร่างการวิจัย การหาทุน การจัดเวที เสนอผลงานวิจัย รวมทั้งการเผยแพร่ในลักษณะอื่น ๆ โดยอาจจัดให้มีการประกวดแข่งขัน เพื่อเป็นการกระตุ้นเชิงบวกด้วย

กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ<sup>(6)</sup> (ดูรูปที่ 3)



รูปที่ 3. การสร้างเสริมสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Program)  
ที่มา: O'Donnell MP (2000).<sup>(6)</sup>

### ระดับที่ 1 : สร้างความตระหนัก

เป็นการเพิ่มความตระหนัก และความสนใจที่จำเป็นต้องสร้างเสริมสุขภาพ กลยุทธ์ในระดับนี้มีรากฐานบนทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์ดั้งเดิมที่มีความเชื่อว่าการเพิ่มความรู้อาจสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด

ตัวอย่างของกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนัก เช่น จดหมายข่าว แผ่นพับ โบปลิว โปสเตอร์ การจัดบรรยาย สัมมนา จัดมหกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรือการตรวจสุขภาพ (โดยไม่มี การส่งข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้ได้รับการตรวจ) เป็นต้น

การสร้างเสริมสุขภาพในระดับนี้จะไม่มีผล (หรือมีผลน้อยมาก) ต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว หรือผลต่อสุขภาพ และมักจะไม่ได้ผลไม่ยั่งยืน ดังนั้น การใช้โปรแกรมระดับนี้ตามลำพังจึงมักไม่ค่อยได้ผล แต่จะมีประโยชน์ถ้าใช้ร่วมกับโปรแกรมในระดับอื่น ๆ มักใช้ในการเริ่มต้นของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเบ็ดเสร็จ (comprehensive program) เพื่อการประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รับรู้ของสมาชิกในองค์กร และชุมชนภายนอก เป็นการช่วยเสริมภาพลักษณ์ขององค์กร และช่วยกระตุ้นให้สมาชิกขององค์กรให้ความสนใจ และหันมาสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางลึกซึ้งยิ่งขึ้น

### ระดับที่ 2 : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มีผลในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาพของสมาชิกขององค์กรดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลง เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของสมาชิกองค์กร ทำให้ภาพลักษณ์ขององค์กรในสายตาสมาชิกและชุมชนภายนอกดีขึ้น และยังช่วยให้สมาชิกองค์กรรู้จักสนิทสนมกันมากขึ้น ทำให้ทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น

ตัวอย่างของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลัก

โภชนาการ การอดบุหรี่ การจัดการความเครียด

ลักษณะโปรแกรมที่ได้ผลมักเป็นการผสมผสานระหว่างการให้สุขศึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทดลองปฏิบัติ การสนับสนุนด้านสังคม (social support) การให้สิ่งตอบแทน (incentive) และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) อย่างไรก็ตาม อาจต้องใช้เวลาานกว่าจะเห็นผล (12 สัปดาห์ขึ้นไป) และมักจะไม่ได้ผลเฉพาะผู้ที่มีความพร้อมจะเปลี่ยนแปลงอยู่แล้ว

### ระดับที่ 3 : สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

มาตรการนี้จะมีผลกับทุกคนในองค์กรโดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับความพร้อมของบุคคล และช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความยั่งยืน

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีมาตรการ 3 ประการ คือ

#### 1. การสร้าง / การเปลี่ยนแปลง

1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การสร้างสถานที่ออกกำลังกาย ที่อาบน้ำ จัดหาตู้เก็บเสื้อผ้า การเปิดร้านขายอาหารเพื่อสุขภาพ การนำที่เขี่ยบุหรี่ออกจากที่ทำงาน เป็นต้น

1.2 การสร้างนโยบายขององค์กรที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การกำหนดให้หัวหน้างานต้องสนับสนุนให้สมาชิกในหน่วยงานเข้าร่วมโครงการ การกำหนดเวลาการทำงานที่ยืดหยุ่นเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกเข้าร่วมโครงการ การกำหนดนโยบายปลอดบุหรี่ในสถานที่ทำงานหรือนโยบายให้รางวัลผู้มีสุขภาพดี เป็นต้น

1.3 การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การยกย่องสรรเสริญสมาชิกที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมโครงการ ผู้บริหารระดับสูง หรือผู้เป็นที่เคารพนับถือในองค์กร ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ การรายงาน และให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกแต่ละแผนกอย่างสม่ำเสมอหรือการสร้างระบบการให้รางวัลแก่ผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น



## 2. การดำเนินการโครงการอย่างต่อเนื่อง

โดยมีผู้รับผิดชอบ มีสำนักงาน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และจัดให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การฝึกอบรม การตรวจคัดกรองสุขภาพ การจัดกิจกรรมพิเศษ การรณรงค์อย่างสม่ำเสมอ

## 3. การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโครงการ

โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกองค์กรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการออกค่าใช้จ่ายบางส่วน ของโครงการรวมถึงการเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นความลับ เป็นต้น

## สรุป

“ภาพรวมแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ” ที่นำเสนอข้างต้น สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ ในการชี้้นำการริเริ่มและการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสภาพแวดล้อมของโรงเรียนแพทย์ได้อย่างหลากหลาย ทั้งยังแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมิใช่มีสิ่งแปลกแยกสำหรับโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีการกิจหลักด้านการพัฒนาและถ่ายทอดวิทยาการด้านการรักษาพยาบาล แต่เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับและเกื้อหนุนภารกิจหลักและงานประจำดั้งเดิมขององค์กรได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ “ภาพรวมแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ” นี้ เป็นกรอบในการตรวจสอบหรือตรวจทานความครบถ้วนและความครอบคลุมของการดำเนินโครงการโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จ

## อ้างอิง

1. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. แนวคิดใหม่เกี่ยวกับ ‘สุขภาพวะ’ และ ‘การสร้างเสริมสุขภาพ’. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2549 พ.ศ.;50(5):291-300
2. WHO Health Promoting Hospitals Network. The Vienna Recommendations for Health

Promoting Hospitals [online]. 1997 [cited 2005 Sep 27]. Available from: URL: <http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf>

3. ประเวศ วะสี. วิสัยทัศน์สำหรับ “โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ”. ใน: อภินันท์ อร่ามรัตน์, หัวหน้าโครงการ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การสัมมนาเรื่องโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1: Health Promoting Medical School. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. กันยายน 2547: 6-11
4. อำนวย ศรีรัตนบัลล์. โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพของคณะแพทยศาสตร์. ใน: อภินันท์ อร่ามรัตน์, หัวหน้าโครงการ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การสัมมนาเรื่องโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1: Health Promoting Medical School. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. กันยายน 2547:12-18
5. คณะกรรมการนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. นโยบาย เป้าหมาย แนวทาง และแผนดำเนินโครงการ การสร้างเสริมสุขภาพในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ใน: อภินันท์ อร่ามรัตน์, หัวหน้าโครงการ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การสัมมนาเรื่องโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1: Health Promoting Medical School. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. กันยายน 2547:57-59
6. O'Donnell MP. How to Design Workplace Health Promotion Programs. Keego Harbor, MI: American Journal of Health Promotion, 2000

7. Polanyi MFD, Frank JW, Shannon HS, Sullivan TJ, Lavis JN. Promoting the determinants of good health in the workplace. In: Poland BD, Green LW, Rootman I, eds. *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000:138-74
8. Chapman L. In search of program models for health promotion. *The Art of Health Promotion* 1997 Mar-Apr;1(1):1, 5, 8
9. Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Educ Couns* 2001 Dec 15;45(4):239-43
10. Vang J, Kristensen M, eds. *Health gain measurements as a tool for hospital management and health policy*. In: *Proceeding of 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals*. Linkoping Sweden: Centre for Public Health Sciences, 1995